**附件二:**

|  |
| --- |
| 2019年五河县中医院公开招聘医疗卫生专业技术人员报考资格审查表 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |   | 毕业时间 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 学制 |  | 报考岗位 |  |
| 健康状况 |  | 身高（cm） |  | 学位 |  | 执业资格 |  |
|  家庭地址 |  | 联系电话 | 本人电话： |
| 本人QQ： |
| 备注 |  |
| 本人简历（从初中填起） |  |
| 诚信承诺 |  本人所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效，符合报考条件。若有虚假，愿意接受相应处理，责任自负。  签名： 年 月 日 |
| 单位意见 |   年 月 日  |

注：1.照片为近期免冠同底照片2张；2.简历从初中填起；3.联系方式填写电话及QQ。